

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 12 janvier 1899, à 1 heure

DE L'HÉMIPLÉGIE PERMANENTE DES ATAXIQUES

PAR

Julio LOPES

Né à Porto (Portugal) le 30 janvier 1873

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

Président : M. DEBOVE, Professeur.

*Juges : MM. { HUTINEL, Professeur.
TROISIÈRE, Agrégé.
THIROLOIX, Agrégé.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 12 janvier 1899, à 1 heure

DE L'HÉMIPLÉGIE PERMANENTE DES ATAXIQUES

PAR

Julio LOPES

Né à Porto (Portugal) le 30 janvier 1873

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

Président : M. DEBOVE, Professeur.

*Juges : MM. { HUTINEL, Professeur.
TROISIÈRE, Agrégé.
THIROLOIX, Agrégé.*



IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies nerveuses	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires	PANAS.
Clinique d'accouchement	GUYON.
	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LETULLE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
ANDRE.	GAUCHER.	MARFAN.	Vaquez.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WEISS.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WIDAL.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	WURTZ.
DESGREZ.	LEJARS.		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES SŒURS.

MON FRÈRE ET MON BEAU-FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES

DANS LES HOPITAUX

M. le D^r André PETIT, Médecin de la Pitié (Stage 1894).

M. le D^r ROUTIER, Chirurgien de Necker (Stage 1895).

M. le D^r BARIÉ, Médecin à Laënnec (Externat 1896).

M. le D^r WALTER, Professeur agrégé, Chirurgien de St-Antoine
(Externat 1897).

M. le D^r CÉTTINGER, Médecin de Broussais (Externat 1898).

INTRODUCTION

Le tabes dorsalis peut se compliquer de deux variétés d'hémiplégie : l'hémiplégie passagère et l'hémiplégie permanente. L'hémiplégie passagère est un phénomène commun, tellement banal même, que certains auteurs le font rentrer dans les symptômes proprement dits du tabes.

Nous ne nous en occuperons donc pas.

Nous n'avons en vue dans notre travail que l'étude clinique des hémiplégies organiques permanentes.

Et dans ces hémiplégies nous nous occuperons surtout :

- 1° De la réapparition des reflexes ;
- 2° De l'existence de contractures tardives.

On trouve en effet dans les travaux français, comme dans les recueils russes, allemands et anglais, quelques cas peu nombreux tendant à démontrer le retour du phénomène du genou ou l'apparition des contractures dans les hémiplégies tabétiques permanentes.

Cette constatation, qui va tant à l'encontre de la loi que Westphal posa déjà en 1875, était de nature à exiger de nouvelles recherches sur des cas minutieusement observés dans ce but, prouvés au besoin par la vérification anatomique.

Eh bien ! ce sont des cas de ce genre que nous croyons apporter dans notre modeste travail pour contribuer à l'étude de ce point litigieux.

Dans les services de pathologie nerveuse de MM. les docteurs Marie et Babinski, où nous avons recherché la coexistence de ces deux sortes d'affections, nous n'avons pas laissé passer un seul cas de ce genre et nos observations personnelles, puisées dans ces deux services, représentent la totalité des cas connus depuis 1895, tant à Bicêtre qu'à la Pitié.

Ces observations, qui ont été prises sur des malades observés presque tous, à ce point de vue particulier, sont toutes concordantes dans l'absence du reflexe patellaire et de contractures tardives vraies après l'attaque d'hémiplégie.

Il en est de même dans la très grande majorité des cas observés depuis 1875. Qu'il nous soit donc permis, après avoir présenté nos observations, de faire quelques essais critiques des cas qui paraissent être en opposition avec les nôtres.

Nous insisterons surtout sur ces faits discordants et nous ne ferons que signaler les observations où le phénomène du genou est resté absent et l'hémiplégie flasque.

M. le Professeur Debove a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous le remercions vivement du grand honneur qu'il veut bien nous faire.

Que M. le Dr Pierre Marie, Professeur agrégé, à qui nous devons l'inspiration de notre sujet de thèse et qui a mis à notre disposition son important service de Bicêtre, nous permette de lui témoigner ici notre respectueuse reconnaissance.

Nous sommes également très reconnaissant à M. le Dr Babinski de nous avoir permis d'observer les malades de

son service de la Pitié et de publier dans notre thèse l'observation inédite d'un de ces malades. Elle doit être bientôt l'objet d'une communication de la part de ce savant neurologiste.

A M. Cestan, son interne, qui a été si empressé à nous aider de ses bons conseils et à nous montrer tous ses malades, nos remerciements les plus affectueux.

Nous devons à l'extrême amabilité de notre ami le Dr Bensaude, chef du laboratoire de la Faculté, toutes les traductions des travaux allemands que nous avons eu à consulter.

Nous sommes heureux de l'en remercier ici.

Que notre excellent ami C.-T. Borges de Castro reçoive l'expression de notre amitié affectueuse.

AVANT-PROPOS

Lorsque chez un ataxique survient une hémiplégie permanente son allure clinique se trouve notablement modifiée.

Ce fait est d'autant plus curieux que l'anatomie pathologique de cette variété d'hémiplégie n'offre aucune particularité.

L'hémiplégie permanente des tabétiques est, en effet, due, comme l'hémiplégie ordinaire à une lésion des faisceaux pyramidaux consécutive, tantôt et plus souvent dans la jeunesse à une hémorragie cérébrale, tantôt à une hémorragie ou à un ramollissement s'il s'agit d'une personne âgée.

Deux cas peuvent se présenter : Ou bien le tabes survient chez un hémiplegique, c'est le cas de beaucoup le plus rare; ou bien l'hémiplégie se déclare chez un ancien ataxique.

Lorsqu'une hémiplégie permanente s'accompagne de sclérose des faisceaux pyramidaux cette lésion se traduit par deux ordres de phénomènes : l'exagération des reflexes et la contracture. En effet, voici comme on explique l'apparition de ces deux symptômes dans l'hémiplégie ordinaire.

Les scléroses des faisceaux pyramidaux exalteraient,

par l'irritation qu'elles produisent sur eux, l'excitabilité des cellules des cornes antérieures qui deviendraient hyperactives et produiraient avec une extrême facilité la contraction des muscles, soit d'une manière intermittente à la suite d'une excitation spéciale (reflexe proprement dit), soit d'une manière continue sans excitation spécialement provoquée, mais toujours par action reflexe (contracture):

Or, il faut pour l'apparition des reflexes et des contractures que l'intégrité de l'arc reflexe moteur et sensitif soit parfaite (1).

Si, donc, des lésions destructives viennent à altérer suffisamment ces *voies de reflexion* à une hauteur donnée de l'axe spinal, l'*arc sensitivo-moteur* se trouve de ce fait intercepté à ce niveau, et dès lors aucun reflexe, aucune contracture ne pourront avoir lieu dans les régions innervées par la zone affectée.

La lésion caractéristique du tabes est la sclérose des cordons postérieurs, c'est-à-dire, d'une partie intégrale de l'arc sensitif.

Il en résulte que lorsqu'on recherche les reflexes chez un tabétique il perçoit parfaitement l'excitation, mais aucun mouvement ne peut répondre à cette excitation. C'est ce qui explique l'abolition des reflexes chez les ataxiques.

Lorsqu'il survient chez ces derniers malades en plus des lésions des cordons postérieurs, des scléroses des faisceaux pyramidaux, cette lésion est incapable de se traduire par une exagération des reflexes, étant donné qu'elle

(1) De Massary. *La théorie des reflexes*. Presse méd., 5 février 1898. — Van Gehuchten. *Le mécanisme des mouvements reflexes. Un cas de compression de la moëlle avec abolition des reflexes*. Communication faite à la Société Médicale de Louvain, le 26 juin 1897. *Journal de Neurologie et d'Hypnologie*.

n'a pu en aucune façon rétablir la continuité des voies de reflexion.

Ce fait est démontré par la presque totalité des observations.

Quelques-unes, cependant, tendent à prouver la réapparition des reflexes, ou l'établissement de contractures tardives chez des hémiplegiques tabétiques.

Notre principal but consistera à essayer de démontrer que, pour la plupart, elles ne se rapportent pas à des hémiplegies organiques.

HISTORIQUE

L'hémiplégie des tabétiques est une question dont l'étude est de date relativement récente.

Trousseau, dans ses *Cliniques* (1) la signale à propos d'un de ses malades. Il s'agissait d'une hémiplégie transitoire. Dans un article du *Dictionnaire pratique* (2), l'éminent clinicien nous parle encore de ces hémiplégies transitoires survenant au cours de l'ataxie locomotrice.

En 1878, MM. J. Grasset et B. Apollinario publient un travail intitulé : *Hémianesthésie cérébrale et ataxie locomotrice; contribution à l'étude des lésions diffuses dans le tabes*.

Il s'agissait d'une hémianesthésie gauche avec hémi-parésie du même côté.

« La force musculaire est notablement diminuée dans tout le côté gauche chez ce sujet; il ne donne que 18 au dynamomètre avec la main gauche tandis qu'il dépasse 35 avec la main droite. »

Les travaux de Kahler et Pick (3) et de Westphal (4)

(1) Trousseau. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1865, t. II, p. 511.

(2) Trousseau. Article *Ataxie*, in *Dict. de Méd. et Chir. pratique*, t. III, Paris, 1865.

(3) Kahler et Pick. *Ueber combinirte Systemerkrankungen des Rückenmark*. In *Archiv. f. Psychiatrie*, 1878, t. VIII, p. 251.

(4) Westphal. *Ueber combinirte (primære) Erkrankungen der Rückenmarksstränge*. *Ibid.*, t. VIII, p. 496, et t. IX, pp. 413 et 491.

sur les scléroses combinés s'étendant des cordons postérieurs aux cordons latéraux sont aussi de cette époque.

Dans ses *Leçons sur les Maladies du système nerveux*, Vulpian parle un an après d'un cas d'hémiplégie chez un ataxique, mais le malade ayant été observé fort peu de temps, il fut impossible de savoir s'il s'agissait là d'une hémiplégie transitoire ou permanente.

Deux ou trois ans plus tard, dans ses *Leçons cliniques*, M. le professeur Fournier citait d'autres exemples d'hémiplégie dans le tabes.

La question en était là, lorsque vers la fin de 1881, M. le Professeur Debove, alors médecin à Bicêtre, publia dans les n^{os} 52 et 53 du *Progrès Médical*, sous le titre de : *De l'Hémiplégie des Ataxiques*, un travail contenant deux observations personnelles et deux autres dûes à M. Buzzard et à M. Ballet.

Plus récemment ont apparu les observations de Hugglings Jackson Taylor (1), de Goldflam (2), de L. Minor (3), de Greidenberg (4), de Furstner (5), de Frank (6) et de M^{lle} Edwards (7).

Depuis, quelques autres travaux sont venus enrichir la bibliographie de cette association pathologique et les hémiplégies transitoires, celles que M. le Professeur Debove appela les *Hémiplégies des tabétiques*, sont devenues presque un symptôme de l'ataxie locomotrice.

(1) H. J. T. *Un cas de retour des refl. patellaires après hémiplégie chez un tabétique* *Bristish Med. Journal*, 1891.

(2) Goldflam. *Sur la réapparition des reflexes tendineux dans le tabes dorsalis*, Berlin, Klin, Wochensch, 1891.

(3) Minor. *Hèmi und Paraplégie ber Tabes*. *Itschr. f. Klin. Méd.* XIX.

(4) Greidenberg. *Archiv. f. Psych.*, XVII.

(5) Furstner J. *Neurol. Centralblatt*, 1886, p. 285.

(6) D. Frank. *Archiv. f. Psychiatrii*, 1897. vol. XIX, p. 53. — *Anal. Centralblatt f. Nervenheilk*, 1897, p. 537.

(7) *Thèse de Paris*, 1889.

On les observe aujourd'hui sans y beaucoup insister.

Mais il n'en est pas de même des hémiplésies permanentes qui, elles, par leur évolution particulière, donnent actuellement lieu à de nombreuses discussions.

Aussi est-ce seulement de ces dernières qu'il est question dans notre thèse.

OBSERVATION I

Cap... Geneviève, 36 ans. Salle Grisolle, lit 17, Pitié.

La malade vient d'un autre service, où elle a été frappée de son hémiplégie. Comme antécédents, il y a à noter des crises d'hystérie avec sensation de boule, etc., et quatre fausses couches.

État en juin 1898, à son entrée dans le service.

Tabes. — Inégalité pupillaire. — Mydriase.

Signe d'Argyll.

Pas de diplopie.

Abolition des reflexes tendineux au genou, comme au tendon d'Achille, au coude et au poignet.

Douleurs fulgurantes dans les deux jambes venant assez fréquemment.

Crises gastriques avec vomissements.

Hémiplégie. — La malade ne quitte pas le lit.

Elle peut faire quelques mouvements avec son bras et sa jambe droite, mais beaucoup plus facilement avec la jambe.

La face est un peu paralysée du côté droit.

Abolition des reflexes tendineux.

Très souvent le *reflexe cutané plantaire* se fait en extension à droite et toujours en flexion à gauche.

Le mouvement associé de flexion de la cuisse est peu net (1).

(1) Voici la signification de ce signe : Lorsqu'un sujet bien portant étant couché par terre vient à essayer de s'asseoir sans s'aider de ses

Aphasie motrice très prononcée. La malade peut à peine articuler quelques mots.

Pas de surdité verbale.

Pas de cécité verbale.

Rien de particulier depuis lors que des crises gastriques tabétiques et des poussées fébriles dues à des constipations passagères.

Peu à peu la malade a vu les mouvements des jambes devenir plus fermes, plus assurés ; l'aphasie s'est améliorée peu à peu aussi, tandis que les fonctions motrices du membre supérieur restent dans le même état.

État actuel, décembre 1898.

État général. — Excellent état général, bon appétit ; la malade a fortement engraisé et présente un caractère plutôt gai.

Pas de fièvre. Pas de céphalée. Pas de neurasthénie.

Rien de particulier à signaler au cœur, poumons, tube digestif et rein.

Tabes. — Le tabes se manifeste par les signes suivants :

Yeux. — La malade a eu à plusieurs reprises de la diplopie depuis trois ans. A l'heure actuelle pas de paralysie oculaire.

Inégalité pupillaire : les deux yeux en *mydriase*, qui est plus prononcée à gauche.

Signe très net d'Argyll-Robertson.

Dyschromatopsie des deux yeux pour le rouge.

Pas d'ambliopie.

Motilité. — *Suppression de reflexes tendineux des deux côtés* au genou, au tendon d'Achille, au coude et au poignet.

La malade lance un peu sa jambe, mais cette incoordination existe, comme on le verra plus loin, surtout dans la jambe paralysée.

Pas d'incoordination des membres supérieurs

main, on voit ses cuisses exécuter un mouvement de flexion plus ou moins marqué sur son bassin, mais toujours égal des deux côtés. Si, au contraire, on fait faire cette manœuvre à un hémiplégique avec lésion du faisceau pyramidal, la cuisse hémiplégiée dépassera, dans son mouvement d'ascension, celle du côté sain. Ceci est dû à la paralysie des muscles extenseurs de la cuisse du côté malade. (Babinski, *Presse Médicale*, 1898.)

Pas de tremblement. Pas de perte du sens musculaire.

Le signe de Romberg existe.

Hypotonie des muscles des deux côtés.

Autre signes. — *Crises gastriques* avec vomissements durant deux à trois jours, et revenant environ une fois par mois. Ces crises ont absolument l'allure classique propre du tabes.

Crises de constipation avec élévation brusque de la température, durant trois ou quatre jours, et disparaissant avec un purgatif.

Crises de douleurs fulgurantes dans les deux jambes, fréquentes et très douloureuses.

Il est très difficile de se renseigner exactement sur les troubles de la sensibilité, à cause de l'aphasie motrice de la malade.

Hémiplégie. — *Démarche.* — La malade marche assez péniblement. Elle avance facilement la jambe gauche et prend un point d'appui sur elle. Pour déplacer la jambe droite, paralysée, elle fléchit la cuisse sur le bassin (ébauche de steppage) la pointe du pied retombant, au point parfois d'accrocher le tapis. Elle lance alors le pied avec un léger mouvement ataxique, et le pied s'applique sur le sol des orteils vers le talon, ou à plat. Dans ce mouvement le pied est flasque, ballant, tout à fait différent, par conséquent, du pied de l'hémiplégie ordinaire.

La malade avance par petits pas, mais sa démarche n'est ni chancelante, ni ébrieuse. La malade suit très bien la ligne droite. Elle se fatigue facilement, mais n'a cependant pas besoin d'un appui pour marcher.

Mouvement du membre supérieur. — Les mouvements de la main sont très réduits. La malade fléchit l'avant-bras sur le bras et peut élever le bras. Fléchit et étend les doigts, les écarte et les rapproche, mais la force segmentaire est presque complètement abolie : 5 au dynamomètre à droite au lieu de 30 à gauche.

Pas d'incoordination dans les mouvements.

Pas de tremblement.

Les réflexes tendineux sont supprimés au bras et à la jambe.

Les réflexes osseux sont également supprimés.

Le réflexe cutané plantaire se fait toujours et nettement en flexion du côté gauche.

Du côté droit, une piqûre un peu forte détermine presque toujours des mouvements complexes du pied, mais un frottement léger sur le bord externe amène presque à chaque fois *l'extension* de tous les orteils. Au bout d'un certain temps, le mouvement se fait alors en extension d'une façon constante.

Le reflexe cutané abdominal existe des deux côtés.

Le mouvement associé de flexion de la cuisse ne donne pas de résultat net; pourtant il semble que le talon du côté droit se détache du sol lorsque la malade se laisse tomber en arrière.

Face. — Il existe un peu de paralysie du facial inférieur droit.

La langue n'est pas déviée. Le facial supérieur est intact, mais lorsque la malade rit ou montre les dents, la commissure labiale gauche se soulève plus que la droite.

Pas de tremblement des lèvres ni de la langue.

Bras. — Il existe une atrophie en masse du bras :

Avant-bras : 19 à droite, 20 à gauche.

Bras : 20 à droite, 22 à gauche.

Main : 19 à droite, 20 à gauche.

Le bras pend, flasque, sans raideur, tout le long du corps ; il est ballant, la main légèrement fermée. Mais les mouvements volontaires n'ont pas disparu.

L'atrophie n'est pas localisée.

La main est un peu œdématiée, froide, grasse, lisse. L'éminence thenar est légèrement aplatie et les espaces interosseux plus accusés que du côté sain. L'éminence hypothenar est au contraire normale.

Les ongles sont un peu recourbés et striés longitudinalement.

Il n'existe pas de contractions fébrillaires.

Pas de troubles trophiques.

Les articulations sont particulièrement libres aussi bien aux doigts qu'au coude et à l'épaule.

Les mouvements passifs sont au moins aussi étendus du côté malade que du côté sain et n'occasionnent pas la moindre douleur.

Contractilité idio-musculaire normale.

Contractilité faradique légèrement diminuée du côté droit.

Pas de réaction de dégénérescence.

Jambe. — Atrophie en masse de la jambe. Aucune localisation de l'atrophie.

Cuisse droite 37, gauche 40.

Jambe droite 25, gauche 27.

Pied droit 20, gauche 21. Pas d'arthropathies.

Force musculaire assez bien conservée, mais moindre à droite qu'à gauche.

Mêmes réactions électriques qu'aux bras.

Pas de troubles trophiques.

Pas de pied bot tabétique, mais plante du pied légèrement aplatie.

Aphasie. — La malade est atteinte d'aphasie amnésique : elle comprend tout ce que l'on dit. Elle peut même causer et construit bien les phrases. Elle répète ce que l'on dit devant elle. Mais le mot lui manque parfois. Elle exprime dès lors son idée avec le geste et, dès qu'on lui souffle le mot, elle reconnaît que c'était bien ce mot qu'elle cherchait, et le prononce distinctement.

Il n'existe pas d'autres troubles du langage.

Sensibilité. — Aussi bien conservée du côté droit que du côté gauche dans ses différentes espèces.

Le *sens stéréognostique* est conservé.

L'*intelligence* est conservée et intacte.

Nous voyons dans cette observation d'abord que malgré une hémiplégie permanente organique, durant déjà depuis plusieurs mois, il ne survient aucune contracture, pas même une simple raideur, et que les reflexes restent à l'état dans lequel ils étaient avant l'apparition de l'hémiplégie, c'est-à-dire abolis. Que cette hémiplégie soit organique, qu'il y ait des lésions des faisceaux pyramidaux, personne ne penserait à le mettre en doute, croyons-nous, puisque les symptômes qui la caractérisent, le signe des orteils (1) de M. Babinski, en parti-

(1) Voici en quoi consiste ce signe : Lorsque l'on frotte avec la pointe d'une épingle la plante du pied d'un sujet sain, il se produit un mouvement reflexe des orteils toujours en flexion. Ce reflexe se fait en extension lorsqu'il y a lésion du faisceau pyramidal du même côté. Babinski. *Presse Médicale*, 1898.

culier, y sont d'une extrême netteté. D'autre part, le tabes n'est que trop évident.

Nous pensons que c'est cette association des deux processus pathologiques qui produit ces absences de raideur et de contracture secondaire, habituelles dans les hémiplegies permanentes organiques et cette démarche spéciale que l'on remarque également chez notre malade.

OBSERVATION II

Léon O..., 48 ans, peintre sur porcelaine. Salle Raspail, lit n° 14, hôpital de Bicêtre.

Jamais malade jusqu'en 1865.

A cette époque, blennorrhagie, ophtalmie gonococcique et staphylome de l'œil droit.

Quelques ans après, chancre infectant, et en 1880, perforation du voile du palais guérie en 6 semaines par le traitement spécifique. En 1877, a commencé à avoir des pertes séminales nocturnes une ou deux chaque quatre nuits environ. En même temps, impossibilité de coïter. Deux ans après ces phénomènes avaient totalement cessé. Ils ont repris huit ans plus tard et durent encore aujourd'hui, mais sont devenus rares.

En 1888, le malade entre à Tenon, dans le service de M. Kuffer, se plaignant de douleurs *ultra-aiguës*, comme des *élançements* dans les jambes et les bras. On diagnostique *ataxie*. Reste 9 mois. Quelques jours après entre à Laënnec, et le même diagnostic est porté. Entre à Bicêtre en 1889.

Le diagnostic de tabes est porté par M. le Dr Déjerine.

En 1895, le malade est vu par M. le Dr Marie, qui porte le même diagnostic. A ce moment, le malade avait des douleurs passant comme des éclairs dans les jambes et dans les bras, particulièrement dans le 3^e et le 4^e doigt de la main gauche. Il se plaignait d'accès d'oppression avec perte de vue et vertiges. Myosis très prononcé.

Ligne de Romberg très net. Ataxie.

Reflexes rotuliens abolis des deux côtés.

Le 18 décembre 1897 est frappé d'hémiplegie du côté droit, sans aphasie et sans perte de connaissance.

Reflexes rotuliens abolis des deux côtés.

Le malade fait quelques petits mouvements dans les articulations de l'épaule, du coude et du poignet. Il peut remuer le pouce séparément, mais pas les autres doigts. Au membre inférieur, légère diminution de la motilité. Le malade y éprouve des fourmillements comme au membre supérieur.

La sensibilité au contact est abolie ; il existe de l'anesthésie à la piqûre, au membre supérieur et à la face du côté de l'hémiplégie ; au membre inférieur c'est plutôt de l'hypoesthésie que l'on note.

La langue est un peu déviée à droite. Le malade parle avec sa commissure labiale gauche. Il y a une très légère déviation, à l'état de repos de la bouche vers la gauche. Gêne de la déglutition pour les liquides. Pas d'hémianopsie. Le sens musculaire est atteint, les mouvements communiqués ne sont pas perçus au membre supérieur.

La parole est un peu, mais très légèrement embrouillée, ce qui n'empêche pas le malade de parler avec une certaine volubilité et loquacité. Son état mental est très excité. Il ne peut supporter qu'on lui ferme les yeux.

Il n'existe aucun trouble d'aphasie.

20, 12, 97. — Ne sent pas qu'on le pince à la main droite, ni à l'avant-bras, ni au bras. Quoiqu'il sente le pincement sur le tronc, il le sent notablement moins fort à droite qu'à gauche.

Lorsqu'on le pince, ou qu'on lui tire les poils sur le membre inférieur il sent un « innervement » dans l'étendue du membre, mais cette sensation n'est nullement comparable à celle perçue du côté gauche, sain.

En lui chatouillant la plante du pied droit il s'écrie aussitôt, « cela me chatouille ».

Il sent très bien quand on lui passe les doigts tout le long du membre inférieur droit, et dit sentir comme une araignée.

Le réflexe rotulien n'existe toujours pas.

Le malade n'urine plus spontanément, il faut lui presser sur l'hypogastre.

L'œil droit est perdu (v. antécédents).

Point d'hémianopsie, quoique l'examen ne soit fait qu'au lit du malade avec le doigt. Il semble même ne pas y avoir de rétrécissement dans le champ visuel, il y a un rétrécissement

évident pour le rouge et pour le bleu. Peut-être aussi un peu pour le violet.

Si on cherche à faire lever le malade il s'y emploie de toute sa force avec son côté gauche mais sans faire l'ombre d'un mouvement du côté droit.

Urines. — Notable quantité d'albumine.

La liqueur de Fehling ne décèle pas de sucre.

21 décembre 1897. — Perte absolue du sens des mouvements communiqués à la main et au poignet. Le pincement n'est pas senti dans ces parties, mais le malade accuse un certain « innervement » quand on le pince.

Les mouvements passés dans l'articulation du coude ne sont pas perçus. Quant on arrive à mobiliser le membre supérieur tout entier il dit sentir un « innervement » dans ce membre, mais il ne peut pas préciser le mouvement imprimé lui-même.

Les mouvements des orteils ne sont pas perçus, mais quand on communique au pied des mouvements d'abduction, d'adduction, d'extension, ou de flexion, le malade s'en rend compte très bien et précise à chaque mouvement la position prise par le pied.

Les mouvements passés dans l'articulation du genou sont conscients, mais moins bien précisés par le malade qu'à l'état normal.

Les reflexes rotuliens sont toujours absents, ainsi que le reflexe du tendon d'Achille. Reflexe plantaire très faible.

La langue est nettement déviée à droite.

La paralysie faciale est un peu moins prononcée.

Le malade articule ses mots plutôt un peu mieux aujourd'hui.

La déglutition est aussi plus facile.

Les érections ont disparues.

L'œil droit qui est depuis longtemps atteint, comme nous l'avons dit, d'une opacité totale de la cornée, depuis l'ictus est le siège d'un épiphora qui n'existait pas auparavant
23, 12, 97. — Le malade fléchit la cuisse sur le bassin et étend la jambe sur la cuisse.

Tout ce qu'il peut faire au membre supérieur c'est de le rapprocher de l'axe du corps quand il est dans la demi-abduction (surtout mouvement des pectoraux).

Il ne peut faire aucun mouvement autour de son articu-

lation radiocarpienne, et n'a aucune notion des mouvements passifs qui s'y passent, ni de ceux communiqués à ses doigts.

27, 12, 97. — Il peut fléchir et étendre son pouce.

L'extension et la flexion dans le coude sont assez énergiques.

L'élévation de l'épaule, l'abduction et l'adduction du bras sont bonnes.

Ne sent pas les mouvements qui se passent dans le coude mais sent ceux qui se font dans l'épaule.

Ne sent pas les mouvements communiqués aux orteils.

Sent un peu les mouvements se passant dans l'articulation tibio-arsienne et dans celle du genou.

Le pincement d'un orteil est senti comme un attouchement.

Sur la face interne de la jambe sent très bien qu'on lui tire les poils.

30, 12, 97. — Les mouvements d'extention n'existent que dans le pouce et dans l'index.

Le mouvement de flexion est très marqué dans tous les doigts.

Il peut faire un peu d'extension de la main sur l'avant-bras, et fait la flexion beaucoup mieux.

Ces deux mouvements dans le coude sont toujours bons.

La parole est bien meilleure.

Très légère déviation de la bouche.

Ne se rend pas compte des mouvements communiqués aux doigts ou à la main, mais perçoit bien ceux qui ont lieu au coude.

Le pincement est senti au membre supérieur mieux qu'auparavant.

5 janvier 98. — Peut étendre tous les doigts, mais moins les trois derniers que les deux premiers.

La flexion des doigts est bonne.

Peut étendre un peu la main sur l'avant-bras et peu bien la fléchir.

Ne sent toujours pas les mouvements passifs communiqués à l'index.

Sent un peu les mouvements du poignet et ceux imprimés à l'annulaire et au petit doigt.

Pas de reflexe rotuliens à droite ni à gauche.

Pas de reflexes contra-latéral des adducteurs.

Langue non déviée.

Très légère déviation de la bouche.

Le malade se plaint encore d'avoir de la peine à avaler.

27 janvier 98. — Les mouvements communiqués au bras sont perçus ; mais ceux imprimés à l'index ne le sont pas.

Le sens musculaire est revenu en grande partie pour les mouvements passifs, mais le malade ne peut pas encore bien préciser les mouvements qu'on lui fait accomplir.

Les reflexes rotuliens sont toujours absents.

Les mouvements sont revenus dans des proportions considérables de sorte qu'actuellement il peut en faire usage pour les besoins ordinaires de la vie,

2 février 98. — Sent les mouvements communiqués au pouce et à l'index.

Il ne peut pas marcher, mais il se tient debout.

A certains moments le malade éprouve ce qu'il appelle *des assoupissements pendant lesquels il se sent s'en aller.*

A ces moments la parole est un peu embarrassée.

Les reflexes rotuliens, restent abolis.

Pas de raideur au bras ni à la jambe.

22 mars 98. — *Reflexes rotuliens non revenus.*

Les mouvements passifs sont absolument libres dans les deux membres.

27 septembre 98. — *Reflexes patellaires toujours absents.*

22 novembre 98. — *Abolition toujours des reflexes patellaires.*

Lorsqu'il parle la commissure droite se tire beaucoup plus que la gauche.

15 décembre 98. — L'état général du malade est bon.

Son état intellectuel est excellent. Il répond très bien à tout ce qu'on lui demande et paraît se rappeler avec exactitude les faits les plus anciens, mais se fatigue de ce travail au bout d'un quart d'heure.

La parole est bien articulée.

La langue est déviée du côté malade.

La commissure labiale du côté droit se tire bien plus que celle du côté gauche lorsque le sujet parle.

L'œil droit est perdu, comme nous l'avons déjà vu.

Myosis très prononcé de la pupille gauche ; elle est ponctiforme.

Pas de paralysie oculaire.

On peut imprimer aux membres du côté hémiplegié des mouvements aussi étendus que du côté sain ; seulement le

malade se plaint d'une douleur à l'épaule lorsqu'on essaie d'exécuter le mouvement de rotation nécessaire de l'humérus pour provoquer le reflexe du coude.

Ces mouvements imprimés aux membres inférieurs sont très étendus ce qui résulte de l'hypotonie de ses muscles (1).

En effet, voici les résultats d'un examen récent (2).

Muscles extenseurs du pied. — A droite 4, à gauche 2.

Muscles adducteurs de la cuisse. — Les genoux sont amenés facilement à toucher le plan du lit.

Muscles extenseurs de la jambe. — Les talons sont facilement amenés au contact des ischions.

Muscles rotateurs du pied. — Le bord externe des pieds est amené à toucher le plan du lit.

La force musculaire est assez bien conservée dans le membre supérieur droit, quoique moindre que celle du gauche.

Les reflexes du poignet existent des deux côtés, mais ils sont assurément plus marqués du côté hémiplégié.

Le malade peut se tenir debout, mais il est incapable de marcher.

Les mouvements de flexion et d'extension de la jambe et de la cuisse sont moins énergiques que du côté sain, mais encore assez forts.

Le reflexe rotulien est aboli des deux côtés aussi bien que le reflexe du tendon d'Achille.

Le reflexe cutané plantaire, se fait en flexion à gauche et en extension à droite.

Le signe du mouvement associé de flexion de la cuisse ne donne pas de résultat bien net.

Le malade se plaint d'une douleur intense siégeant à la partie cervico-dorsale de la colonne vertébrale.

Il se plaint aussi de douleurs siégeant aux membres inférieurs et supérieurs, mais étant bien moins fortes qu'autrefois.

Le malade prétend, en outre, avoir encore de temps à autre des pertes seminales nocturnes « insignifiantes qui lui produisent un fort ébranlement nerveux ».

(1) Debove. *Archiv de Neurologie*, 1880. — Van Gehuchten. *Journal de Neurologie et d'Hyponologie* (Bruxelles 1897). — Frenkel. *Presse Médicale*. Juillet, 1898.

(2) Sureau, *thèse de Paris*, 1898.

OBSERVATION III (RÉSUMÉE) (1)

Vosg..., 56 ans, bijoutier.

Premiers symptômes, du tabes en 1877.

Hémiplégie gauche, soudaine sans perte, de connaissance en janvier 1897.

Les reflexes rotuliens et tendineux restent abolis jusqu'à la mort qui survient le 11 mai 1897.

Examen des centres nerveux. *Cerveau.*

Hémisphère droit. — Sur une coupe passant par la partie supérieure et antérieure du noyau caudé on constate l'existence d'une cavité située dans la partie antéro-supérieure du noyau lenticulaire, et à ce niveau détruisant entièrement la tête de celui-ci; de telle sorte qu'en allant de dedans en dehors on trouve le noyau caudé intact, une bande de substance blanche de deux millimètres, puis une cavité de trois à quatre millimètres de large, sur une longueur de deux millimètres et demi. En dehors de la cavité est une bande de substance blanche de deux à trois millimètres doublant immédiatement la substance grise des circonvolutions frontales.

Deuxième coupe passant à cinq millimètres en avant de la coupe d'élection. La cavité signalée précédemment existe, et est même plus développée. Elle est remplie d'un magma orangé qui indique nettement la nature hémorragique de la lésion. Cette partie a détruit tout le membre externe du noyau lenticulaire et la partie postérieure de celui-ci, elle coupe un peu la capsule interne, mais seulement dans sa moitié externe. Elle se confine très nettement aux limites du membre externe du noyau lenticulaire.

Coupe d'élection : La cavité prend le noyau externe du noyau lenticulaire; elle ne coupe pas en arrière la capsule interne.

Coupe à 5 ou 6 millimètres de la précédente; La partie externe du noyau lenticulaire est détruite, mais il existe une grande quantité de cloisons limitant des espaces lacunaires.

Sur cette coupe la lésion ne se limite plus au segment externe du noyau lenticulaire: elle se propage en arrière de

(1) Se trouve *in extenso* dans la thèse de Cabrol. Paris 1897.

celui-ci avec le même caractère lacunaire de telle sorte qu'elle gagne l'angle latéro-externe du ventricule latéral, coupant complètement à ce niveau les radiations de la capsule interne. L'épaisseur de la lésion en cet endroit est de 2 à 3 millimètres.

Coupe située à 5 millimètres plus bas : Le segment externe du noyau lenticulaire présente le même aspect lacunaire, mais la lésion n'apparaît pas en arrière de celui-ci. Ici la lésion est au minimum. Sur une coupe située 6 millimètres au-dessous, elle n'existe plus.

Moëlle. — (Weigert). Lésions très accentuées dans le domaine des fibres radiculaires postérieurs, dans toute la hauteur de la moëlle.

Dégénération assez prononcée du F. Py. D. droit et du F. Py. C. gauche. Rien dans le F. Py. C. droit.

OBSERVATION IV. Prise en 1897.

Cart. Jean, 67 ans, papetier. Salle Denis-Papin, lit n° 13, hospice de Bicêtre.

Syphilis à l'âge de 24 ans. Soigné sérieusement pendant 2 ou 3 ans.

Pas d'autres antécédents morbides à relever.

Vers l'âge de 28 ans a commencé à éprouver des fléchissements involontaires dans les jambes et des fatigues survenant après les moindres courses.

Seulement 5 ou 6 ans après a senti pour la première fois des douleurs fulgurantes dans les jambes qui ont cessé presque complètement 10 ans après. N'a jamais eu de douleurs dans les bras.

Le malade n'a commencé à marcher difficilement que 7 ou 8 ans après le début de la maladie, c'est-à-dire à l'âge de 36 ans. mais dès ses 28 ans il a noté qu'il perdait l'équilibre dans l'obscurité.

Perte de la sensation du contact du sol sous les pieds à peu près au moment du début des douleurs fulgurantes.

Alité depuis 6 mois.

Incontinence d'urines depuis ce temps.

Pas d'incontinence des matières fécales.

Pied équin double.

Actuellement (1897) douleurs fulgurantes dans les jambes, aux reins et dans les bras.

La réaction des pupilles à la lumière est perdue.

Incoordination des mouvements aux membres supérieurs et inférieurs.

Le malade n'a pas la notion des positions imprimées à ses jambes.

Reflexes rotuliens abolis des deux côtés.

Reflexe crémastérien diminué.

Sensibilité des testicules amoindrie.

Le malade meurt le 4 mai 1897.

Voici le résultat de l'examen des centres nerveux :

Cerveau. — Dans l'hémisphère droit on ne remarque pas de grosses lésions en foyer, mais dans le noyau lenticulaire quelques très petites lacunes. De même dans la substance blanche qui se trouve en dehors de la paroi externe du ventricule latéral suivant une ligne horizontale passant par la partie supérieure et antérieure du corps calleux et la queue du noyau caudé il y a trois lacunes allongées à fond grisâtre. Ces lacunes coupent la partie postérieure de la capsule interne.

De même dans l'hémisphère gauche, en plusieurs points on constate de toutes petites lacunes.

Les plexus choroïdes sont des deux côtés un peu vésiculeux.

Moëlle (Marchi). Le F. Py. C. gauche contient; ainsi que le F. Py. D. du côté opposé de beaux corps granuleux.

Il n'y en a aucun dans l'autre F. Py. D., très rares dans l'autre F. Py. C.

Il n'y en a aucun non plus dans les cordons postérieurs.

(Wolters-Weigert). Mêmes lésions des F. Py.

Rétraction considérable de la moëlle dorsale qui n'a plus guère que le volume d'une plume d'oie.

La sclérose du cordon postérieur est très prononcée et presque égale dans tous les points de ce cordon à la région dorsale.

En remontant vers la région cervicale elle se localise au faisceau de Goll.

Les racines postérieures sont altérées dans la région dorso-lombaire et semblent normales dans la région cervicale.

Le réseau des colonnes de Clarke a disparu.

OBSERVATION V

Delaporte, 56 ans. Salle Grisolle, lit 7, hôpital de la Pitié.

Rien à relever comme antécédents héréditaires.

La malade a eu trois enfants qui se portent bien.

Elle a fait une fausse couche.

Elle a commencé à être malade il y a dix ans, au moment de la ménopause, et à cette époque, elle aurait eu des attaques d'épilepsie.

La malade, ou plutôt son mari, se rappelle qu'elle se mordait la langue, écumait par la bouche et se débattait. Depuis ce moment, elle se serait plainte à plusieurs reprises d'avoir la vue trouble et d'éprouver à la gorge une constriction suffocante qui lui paraissait monter de derrière le sternum. (Boule hystérique).

Il y a huit ans, la malade fut frappée d'une hémiplegie gauche à début brusque.

Depuis trois ans ont apparu des troubles de l'intelligence. D'après son mari, qui nous donne tous ces renseignements, la malade n'a jamais eu de *bouton* à la vulve ni sur le corps.

Elle a perdu ses cheveux abondamment il y a quinze ans et souffre de maux de tête depuis fort longtemps, sans *recrudescence* vespérale.

N'a jamais eu d'angine.

(Le mari, interrogé, ne présente pas les signes de la syphilis).

Depuis deux ans sont survenues des douleurs dans les jambes, passant comme un éclair, et les maux de tête se sont accentués. A peu près depuis la même époque, la malade a commencé à avoir des crises gastrique non accompagnées de vomissements.

Ce sont ces crises qui la font venir à l'hôpital.

La malade a été peu à peu en s'affaiblissant, surtout du côté gauche, et s'est mise à gâter sans que son intelligence ait été fortement atteinte.

Paraît ne pas avoir eu de la diplopie.

État actuel, décembre 1898.

État général. — Malade amaigrie, affaiblie, aux lèvres fuligineuses, présentant un air hébété et gâtant.

Tousse un peu.

Cœur normal.

Érythème sacré et brochianterien du côté gauche.

Tabes. — Myosis extrême des deux côtés. Pupilles pontiformes.

Signe d'Argyll-Robertson.

Pas de paralysie oculaire. Pas de diplopie.

Pas de dyschromatopsie.

Pas d'amblyopie.

La malade nous dit avoir des sensations désagréables de l'odorat par crises et du côté gauche.

Elle se plaint de douleurs fulgurantes dans les deux jambes, survenant deux ou trois fois par jour,

Pas de troubles de la sensibilité objective.

Pas d'incoordination des membres supérieurs.

Aux jambes, il paraît y en avoir, mais légère.

Le reflexe patellaire et celui du tendon d'Achille sont abolis des deux côtés.

Le reflexe radial osseux est exagéré, surtout du côté gauche, de même que le reflexe tricipital.

Le reflexe cutané abdominal est aboli des deux côtés.

Hémiplégie. — Légère parésie du facial gauche. A l'état de repos, la commissure labiale gauche est un peu plus abaissée que la droite, et, lorsque la malade montre ses dents, la commissure droite se relève plus que la gauche.

Hémi-parésie gauche portant surtout sur la jambe.

Les reflexes tendineux et osseux du bras gauche sont plus marqués que ceux du bras droit.

Les reflexes rotuliens et du tendon d'Achille sont complètement absents.

Le reflexe cutané plantaire se fait nettement en extension du côté gauche. Il se fait en flexion du côté droit.

Pas d'atrophie musculaire.

Pas de trouble de la sensibilité abjective.

OBSERVATION VI

PRISE EN 1897 (PARTIE CLINIQUE TRÈS RÉSUMÉE).

Wagner Barrois, 68 ans.

Marche à tout petits pas.

Démence. Pleurnicheries.

Hémiplégie droite soudaine en 1890.

Langue un peu déviée à droite.

Reflexe pharyngien conservé.

Pas de paralysie du membre supérieur droit.

Pas de contracture. Pas d'exagération des reflexes du poignet droit.

Absence des reflexes rotuliens des deux côtés.

Pas de myosis.

Le malade meurt et voici le résultat de l'examen des centres nerveux :

Hémisphère gauche. — Sur une coupe perpendiculaire au pédoncule on trouve quelques lacunes très fines dans le corps strié.

Sur une coupe faite à deux centimètres en arrière de la coupe d'élection on constate l'existence de lacunes beaucoup plus grosses et plus nombreuses dans le noyau lenticulaire.

Ces lacunes envahissent la portion externe de la partie postérieure de la capsule interne. Il y a aussi une lacune crétaçée qui est infiltrée dans la partie antérieure de la capsule interne.

Hémisphère droit. — Sur une coupe sagittale passant à deux centimètres en dehors de la partie la plus externe du pédoncule on trouve un territoire ramolli du volume d'une grosse noix qui se trouve situé à peu près entre la couche optique et le noyau lenticulaire. Il est très vraisemblable qu'il ne s'agit pas d'un ramollissement, mais d'une altération cadavérique. Au niveau de l'épendyme dans le sillon qui sépare la couche optique du noyau caudé il y a des lacunes, et une sorte de très léger ramollissement.

Moëlle. — Lésions peu ordinaire. (Weigert-Wolters).

Cordons postérieurs : dans la région lombaire les lésions respectent en partie la zone d'entrée des racines.

Un peu au dessus, dans la région dorsale inférieure, il

n'y a plus comme sclérose qu'un mince Y respectant entièrement les zones radiculaires.

Cependant le réseau des colonnes de Clarke sans être tout à fait détruit est très notablement atteint.

Dans la région dorsale moyenne les lésions du cordon postérieur présentent à peu près le même aspect, un peu plus étendues cependant que dans la région dorsale inférieure.

Dans la région cervicale inférieure la dégénération est limitée à un triangle occupant la partie médiane des cordons de Goll, et dans un autre territoire à la zone d'entrée des racines y compris la zone cornu-marginale.

Un peu plus haut (région cervicale moyenne) la dégénération occupe le cordon de Goll dans ses trois quarts postérieurs et les faisceaux en virgule de Schultze, qui se terminent par leur extrémité postéro-externe dans la zone cornu-marginale.

Dans la région cervicale supérieure le cordon de Goll est dégénéré dans ses deux tiers postérieurs ; les faisceaux en virgule le sont également, mais là, leur extrémité postero-externe se termine en dedans de la zone cornu-marginale.

Les faisceaux pyramidaux croisés sont dans la région cervicale assez voisins d'un certain degré de sclérose. Cet aspect est plus marqué d'un côté que de l'autre.

Absolument rien dans les faisceaux pyramidaux directs,

OBSERVATION VII

Bourgeois. Pitié, Salle Rostant.

Le début de la maladie remonte à 1893.

A cette époque, un jour en quittant son travail vers les 7 heures du soir, perd subitement connaissance, sans avoir eu des vertiges ni des céphalées prémonitoires, étant en parfaite santé. On le transporte chez lui où il passe la nuit dans un demi coma, et le lendemain matin le malade se trouve paralysé du côté gauche, et entre à la Pitié.

Il y reste six mois et pendant ce temps sa paralysie reste flaccide.

La face était atteinte aussi du côté gauche d'hémiplégie flasque.

Il n'y avait pas de troubles de la parole.

Pas de rétention d'urine.

Il paraît avoir existé un peu d'hypoesthésie du côté gauche.

Jamais il n'y a eu de la contracture. La jambe est restée toujours flasque. Le bras devient un peu raide.

Pas de céphalée.

Pas de perte de mémoire.

Pas de tremblement des mains ni de la langue.

L'intelligence est conservée.

Pas de trouble des sphincters. Ni rétention, ni incontinence d'urine.

Le sens génésique est supprimé depuis un an. Pas d'érections.

Pas de douleurs fulgurantes, ni en ceinture, ni en brodequins.

Pas de crise gastrique.

Inégalité pupillaire ; la pupille gauche est plus grande que la droite.

La droite réagit très bien à la lumière et à l'accommodation.

La gauche réagit plus lentement.

Membre supérieur. — Atrophie des masses musculaires du côté gauche.

Force musculaire diminuée de ce côté ; au dynamomètre 50 à droite, 21 à gauche.

Le bras gauche est légèrement raide, mais le malade peut réaliser tous les mouvements.

En position de repos, le bras est demi-fléchi. De même la main.

Pas de troubles trophiques. Pas d'hypotonicité.

Reflexes tendineux très forts à gauche normaux à droite.

Face. — Peut-être reste-t-il un peu de flaccidité à gauche.

La langue n'est pas déviée. La commissure labiale n'est pas remontée.

Jambe. — Atrophie des masses musculaires :

Mollet droit, 38. Mollet gauche, 34.

Cuisse droite, 48. Cuisse gauche, 43.

La démarche est normale pour la jambe droite.

Le malade steppe de la jambe gauche. En même temps que le pied se met en varus, le malade frappe le sol avec la pointe lorsqu'il met le pied par terre. En un mot la démarche est tout à fait différente de la démarche de l'hémiplégie organique ou hystérique.

Le malade n'a pas de raideur dans les jambes.

La force segmentaire est parfaitement conservée.

Il n'y pas de troubles trophiques.

Il existe un amaigrissement général de tout le membre gauche sans localisation spéciale de l'atrophie.

Pas de déformation du pied.

Perte des reflexes rotuliens et du tendon d'Achille des deux côtés.

Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion à droite et en extension à gauche.

Reflexe cutané abdominal plus fort à droite qu'à gauche.

Reflexe crémastérien à peu près nul des deux côtés.

Mouvement associé de flexion de la cuisse gauche.

Pas de troubles de la réaction électrique. Bonne contraction faradique.

Pas de troubles de la sensibilité objective ni subjective.

Pas de troubles sensitivo-sensoriels.

OBSERVATION VIII (M^{lle} EDWARDS I)

Tabes depuis quatre ans au moins; hémiplegie depuis deux ans. Abolition des reflexes patellaires qui ne sont jamais revenus. Pas de contracture.

OBSERVATION IX. (M^{lle} EDWARDS II).

« Nous avons dit que l'extension forcée dans chacune de ces
« positions était douloureuse; si l'on force et que l'on continue
« l'extension il se produit des craquements très nets dans les
« articulations.

« La flexion forcée de la cuisse sur le bassin et de la jambe
« sur la cuisse n'est possible que dans des limites très étroites,
« au delà desquelles les mouvements deviennent de plus en
« plus douloureux.

Dans cette observation, l'absence des reflexes patellaires est notée et M^{lle} Edwards constate de la contrac-

ture du côté hémiplégié. Cette contracture est diagnostiquée d'après l'attitude des membres, et de la difficulté que l'on éprouve en essayant de défaire leur position vicieuse.

Or, M. Blocq nous a appris dans sa remarquable Thèse inaugurale, combien il est difficile parfois de diagnostiquer une contracture vraie, spasmodique, d'une pseudocontracture et en même temps quels sont les nombreux moyens d'investigation conduisant à un diagnostic précis (2).

Dernièrement encore M. le Dr Babinski faisait connaître quelques signes d'une très haute valeur diagnostique dont le praticien peut s'éclairer en présence de ces cas douteux.

Or, à l'époque de son travail, M^{lle} Edwards était démunie de ces précieux éléments de diagnostic, et, en tout cas, l'observation ne nous indique pas qu'un ou plusieurs d'entre eux eût été mis en pratique pour déterminer la qualité de la contracture notée.

D'autre part l'auteur ne manque pas de nous dire qu' « *en essayant de défaire les contractures.....* »

La contracture d'ailleurs aurait pu être vraie, spasmodique à un moment donné où les lésions du tabes n'étaient pas encore assez prononcées pour réaliser la disparition du reflexe rotulien, ou alors que ces lésions avaient encore respecté la région dorso-lombaire, se traduisant plutôt par la symptomatologie d'un tabes supérieur à troubles surtout oculaires.

La malade avait, en effet, commencé son tabes par une cécité qui se réalisa dans l'espace d'un an. Plus tard les lésions des faisceaux postérieurs s'accroissant,

(1) M^{lle} B. Edwards, *thèse de Paris*, 1889. observation 1.

(2) Blocq, *thèse de Paris*, 1888.

ou gagnant du terrain dans les étages successifs de l'axe médullaire le reflexe patellaire viendrait à disparaître en même temps que la contracture eût fait peu à peu place à de la rétraction fibrotendineuse.

D'ailleurs l'observation manque de dates suffisantes concernant les différentes étapes de ce double processus pathologiques, en sorte qu'il a peut-être pu s'écouler suffisamment de temps pour que cette évolution du tabes s'accomplisse.

Ces hypothèses ne sont peut-être pas trop à rejeter à *priori*, car il n'est pas question dans cette observation d'abolition du phénomène du genou, ni d'autres reflexes, avant l'attaque d'hémiplégie, alors qu'il n'y avait que du tabes.

OBSERVATION X (M^{lle} EDWARDS, III)

Cette observation présente un tabes datant de vingt-cinq ans, compliqué depuis vingt ans d'hémiplégie « qui est et reste flasque, et ne rétrocede pas depuis vingt ans, mais tend au contraire, à augmenter en se compliquant d'atrophie ».

Les reflexes patellaires y sont abolis des deux côtés.

(Les observations de V à XV ont trait à des hémiplégiés transitoires ayant duré de quelques heures à deux mois, et restent par conséquent en dehors de notre sujet).

(De même pour les observations XVII, XVIII et XVIII bis).

OBSERVATION XI (M^{lle} EDWARDS, XVI)

Cas de contracture au bras avec absence de reflexe rotulien.

Cette observation est résumée dans le travail de M^{lle} Edwards, mais nous la trouvons *in extenso*, in the *Lancet*, v. II, p. 540-541. Nous nous dispensons d'en

faire l'analyse, car M. Debove montre lui-même quelle est l'objection dont elle est passive dans un article du *Progrès Médical* (1881, p. 1.042), où l'ancien médecin de Bicêtre apporte un second cas qu'il considère comme autrement décisif dans cette question de la contracture tardive au cours de l'hémiplégie permanente du tabes sans reflexes, et dont nous allons nous occuper dans un instant.

Cette observation de Buzzard est, d'ailleurs, très incomplète.

OBSERVATION XII (M^{lle} EDWARDS, XIX)

Hémiplégie, toujours chez un tabétique, datant de six mois et restée flasque. Les reflexes rotuliens y sont abolis des deux côtés.

Les mouvements étaient venus en grande partie au membre supérieur au bout de six mois.

Dans l'observation XX de M^{lle} Edwards survient un ictus avec hémiplégie, mais le malade meurt peu après sans sortir du coma.

OBSERVATION XIII (M^{lle} EDWARDS, XXI)

Hémiplégie datant de quatre mois.

Absence de reflexes. Pas de contractures.

OBSERVATION XIV (M^{lle} EDWARDS, XXII) (1)

L'hémiplégie s'atténue un peu, mais sept semaines après l'attaque le malade meurt d'une autre affection intercurrente, et

(1) Debove. *De l'hémiplégie des ataxiques*. Prog. Méd., 1.881, p. 1.021.

cinquante jours après le début, il n'y avait pas trace de contracture dans les membres paralysés.

(L'observation XXIII de M^{lle} Edwards n'est d'aucun intérêt pour notre sujet).

OBSERVATION XV (M^{lle} EDWARDS XXIV) (1)

Malade immobile au lit depuis quatre ans, époque à laquelle elle eût son attaque d'hémiplégie.

Membre supérieur : Paralyse complète ; la malade ne peut faire aucun mouvement. Pas de roideur au niveau des articulations de l'épaule ou du coude. Mais la main est fortement fléchie sur l'avant-bras, et les doigts très contracturés, sont fléchis dans la paume de la main.

Membre inférieur : Paralyse presque complète. L'articulation du genou est roide. Il existe une contracture légère qui fait que la jambe est fléchie sur la cuisse, et les orteils vers la plante du pied.

Bien qu'il existe une contracture manifeste, les reflexes tendineux sont abolis. Les reflexes cutanés le sont complètement.

Anatomie pathologique. — *Cerveau* : Lésion ancienne à gauche, récente à droite. *Moëlle* : Dégénération secondaire du faisceau pyramidal droit, et sclérose des cordons de Goll et de Burdach très avancée dans toute leur étendue depuis la région lombaire jusqu'à la région cervicale ».

Dans cette observation les hypothèses que nous avons faites en discutant l'observation II de M^{lle} Edwards, nous paraissent encore plus vraisemblables.

La malade n'est, en effet, examinée que quatre ans après son attaque d'hémiplégie, quatre ans qu'elle a passés dans son lit.

Or, nous connaissons la facilité avec laquelle les vieux impotents constamment alités conservent toute leur vie les attitudes qui ont été imprimées à leurs membres par une contracture qui vient à disparaître, ou les créent eux-

(1) Ballet. obs. citée par Debove, in *Progr. Méd.*, 1881, p. 1.042.

mêmes par une sorte de dégénérescence fibreuse de leurs muscles avec réaction consécutive. Ce dernier processus constituant la pseudo contracture d'emblée, serait vraisemblablement facilité par la position fléchie des membres que quelques-uns de ces malades présentent habituellement dans leurs lits, sans aucune lésion appréciable peut-être seulement par commodité de position.

En effet, ici nous avons des dates précises, et nous voyons qu'il y a eu un intervalle de quatre ans, pendant lesquels les scléroses des cordons postérieurs ont pu s'installer et faire disparaître des reflexes qui auraient existé en même temps qu'une contracture vraie, depuis plus ou moins longtemps remplacée par de la rétraction tendino fibreuse.

Or, en 1880, des pseudo-contractures, était presque totalement à faire, et la science possédait fort peu d'éléments de diagnostic entre elles et les contractures vraies.

Nous trouvons encore chez le malade de M. Ballet que le pied est *en griffe*, symptôme qui paraît encore indiquer plutôt une pseudo-contracture puisqu'il serait plutôt le fait d'une névrite périphérique (1).

OBSERVATION XVI (FRANK, LOC. C.)

Il s'agit d'un homme de 39 ans, qui est devenu tabétique 5 ans après avoir eu la syphilis.

Quelques mois plus tard survinrent du vertige et de l'hémi-parésie gauche. Celle-ci se transforma bientôt, après un ictus, en une hémiplegie complète permanente depuis 4 ans.

A l'époque de l'observation (97) 4 ans après le début, l'*abolition des reflexes patellaires* était encore notée.

(1) Cestan. Note à la *Société anatomique*, décembre 1898.

CONCLUSIONS

Dans l'hémiplégie par lésion du faisceau pyramidal survenant chez un ataxique il nous semble impossible de voir apparaître des phénomènes spastiques dans le domaine des régions médullaires atteintes primitivement par le tabes, et où les reflexes avaient disparu.

Si ces phénomènes surviennent c'est qu'il s'agissait primitivement d'un de ces cas de tabes avec conservation des reflexes. (1)

Les contractures observées jusqu'ici dans ces conditions nous paraissent devoir être considérées comme des contractures hystériques, ou rangées parmi les pseudo-contractures.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.
DEBOVE.

VU : LE DOYEN, BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

(1) Erb. *Krankh. d. Rückenmarks. in Ziemssen's spec. Path. u. Therap.*, 11^e vol., p. 178; *Zur Pathol. der Tabes dorsalis (Deutsches Archiv. f. Klin. Med., vol. 28, 1879)*. — Hamilton. *Valeur de l'absence du reflexe tendineux comme signe diagnostique de l'ataxie locomotrice (The Boston med. and surg. Journal, volume XCIX, n° 25)*. — Gouwers, 46^e Congrès de l'Association Médicale de l'Angleterre (*British Med. Journal*, 31 août 1878). — Berger. *Ueber Sehnenreflexe (Contrablatt f. Psych. u. Nervenheil, 1879, n° 4)*. — Lehmann. *Arch. f. Psych.*, XVI, 2 et 3, pp. 496 et 778, cité par Westphal. — Pick. *Archiv. f. Psych.*, XX, 3, 1888. — Thième. *Conservation des reflexes tendineux dans l'ataxie locomotrice. Thèse de Paris, 1881*. — Lenoble. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1896*. — Achard et Léopold Lévi. *Nouv. Icon. de la Salpêtrière, 1898*.

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN
